

رابطه تروماهای دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی

با رفتار اقدام به خودکشی در زنان مراجعه‌کننده

به بیمارستان لقمان حکیم در مقایسه با جمعیت عمومی

حجت الله ابراهیمی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۷/۰۲

محمود دژکام^۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۷

سمیه یوسفی^۳

چکیده

در زندگی همه کودکان و نوجوانان، خانواده همواره یک تکیه‌گاه محسوب می‌شود و شناخت به موقع و آگاهی از مشکلات خانواده می‌تواند نقش مهمی در کاهش اختلالات روانی در جامعه داشته باشد. از این رو هدف این پژوهش بررسی تاثیر تروماهای کودکی و سبک‌های دلبستگی بر اقدام به خودکشی در بزرگسالی است.

جامعه این تحقیق شامل کلیه زنانی است که طی خرداد ماه سال ۱۳۹۱ به دلیل اقدام به خودکشی در بیمارستان لقمان حکیم بستری شده‌اند. برای اجرای این پژوهش ۱۸۰ نفر از زنانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. همچنین جهت مقایسه این افراد با جمعیت عمومی، تعداد ۱۸۰ نفر از بیمارانی که در خرداد ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان لقمان حکیم به دلیل یک بیماری جسمی که ارتباط غیرمستقیم با خودکشی نیز نداشت، بستری شده بودند نیز در پژوهش شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل تشخیص استفاده شد.

نتایج نشان داد که با کاهش نمرات دلبستگی ایمن و افزایش نمرات دلبستگی اجتنابی و تروماهای دوران کودکی احتمال اقدام به خودکشی افراد نیز افزایش می‌یابد ($F = 0/001$). از بین تروماهای دوران کودکی، سوء استفاده هیجانی و از بین سبک‌های دلبستگی، نایمن اجتنابی بیشترین نقش را در اقدام به خودکشی دارد.

نتایج نشان داد سبک‌های دلبستگی و تروماهای دوران کودکی می‌توانند منجر به رفتار اقدام به خودکشی افراد در بزرگسالی شوند.

کلید واژه: تروماهای دوران کودکی، سبک‌های دلبستگی، رفتار اقدام به خودکشی.

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی hojattebrahimi@gmail.com

۲- دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- کارشناس ارشد روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

به عقیده بسیاری از پژوهشگران، احساسات و طرز تلقی اشخاص از دیگران و از خود، همگی متأثر از تجارب کودکی‌شان است. در این میان مهم‌ترین تجربه دوران کودکی، به تجربه اوایل کودکی فرد با مراقب اولیه خود که در بیشتر موارد مادر است بازمی‌گردد (آرنس، سیچانوسکی و کاتون^۱، ۲۰۱۲). کودکان در سال‌های اولیه زندگی، با افرادی که با ایشان در تعامل هستند پیوند عاطفی نسبتاً پایداری برقرار می‌کنند و در حضور آنها احساس امنیت می‌کنند. بالبی^۲ که برای اولین بار این رابطه عاطفی را دلبستگی^۳ نامید، معتقد است که دلبستگی در کودکی نقش حیاتی را در زندگی انسان ایفا می‌کند. روابط دلبستگی توأم با امنیت می‌تواند در روابط بین فردی آتی نقشی تسهیل‌کننده داشته باشد که در صورت شکل گرفتن این نوع دلبستگی فرد به نظام ارزشی و نگرشی مثبت و با روش منطقی از خود و دیگران می‌رسد. بالبی می‌گوید دلبستگی، رفتار انسان را از گهواره تا گور مشخص می‌کند (ساتر^۴، ۲۰۱۰). نظام دلبستگی، ساختار سازمان‌یافته‌ای است که مجموعه پیچیده هیجان‌ها، رفتارها و شناخت‌هایی را که برای حفظ راحتی و احساس ایمنی شکل می‌دهد، توصیف می‌کند (میکولینسر و شاور^۵، ۲۰۱۱). در زندگی انسان دلبستگی تجربه بسیار مهمی می‌باشد و رابطه والدین با فرزندان تأثیر بسیار مهمی بر زندگی شخصی و روابط آینده او به ویژه ارتباطش با دیگران دارد (یان هوآ، کیو، ژنگ-یان، هیورانگ و وی پینگ^۶، ۲۰۱۲). به نظر بالبی الگوی عملی درونی نه تنها حکم یک الگو را برای ارتباطات اجتماعی آینده دارد بلکه در تعیین اینکه فرد چه احساسی

-
- 1- Ahrens, Ciechanowski & Katon
 - 2- Bowlby
 - 3- Attachment
 - 4- Sater
 - 5- Mickolinser & Shower
 - 6- Yan-Hua, Xiu, Zheng-yan, Hui-rong, Wei-ping

داشته باشد و با عواطف پریشان خود چگونه کنار بیاید نیز تأثیرگذار است (آلن^۱، ۲۰۰۲).

تحقیقات نشان می‌دهند که نقش تنظیمات دلبستگی در نوجوانی و بزرگسالی می‌تواند پیش‌بین مناسبی برای رفتار اقدام به خودکشی باشد، یعنی دلبستگی نایمن در افراد اقدام‌کننده به خودکشی به‌طور معناداری بیشتر از دیگر افراد است (گرونباوم، گالفالوی، مورتنسون، بورک، اوکیوندو و مان^۲، ۲۰۱۰؛ دواجی، ولی‌زاده و نیک‌آمال، ۲۰۱۰؛ بیفولکو، موران، بال و برنازانی^۳، ۲۰۰۲؛ دی‌جانگ^۴، ۱۹۹۲ و دی‌فیلیپو و اورهالسر^۵، ۲۰۰۰). توجه به یافته‌های اخیر تحقیقات اپیدمیولوژیکی نشان می‌دهد که اکثریت قریب به اتفاق (یعنی ۸۸ درصد) اقدام به خودکشی در نوجوانان، حتی پس از کنترل افسردگی متاثر از سبک دلبستگی نایمن در دوران کودکی است (لوینسون، روده و سیلی^۶، ۱۹۹۶).

مطالعه دیگری درباره نوجوانانی که تحت درمان روانپزشکی بودند و دارای سابقه رفتار اقدام به خودکشی و دلبستگی نایمن بودند، نشان داد که دلبستگی نایمن و تروماهای دوران کودکی با رفتار اقدام به خودکشی رابطه دارند (آدام، شلدون کلر و وست^۷، ۱۹۹۶). مطالعات نشان می‌دهند که سوءاستفاده‌های طولانی‌مدت در دوران دوران کودکی (سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی) با آثار روانی شدید از جمله استفاده از مواد مخدر، افسردگی اساسی، خودکشی و اختلالات شخصیتی همراه است. با این حال، مکانیسم خاصی برای رابطه بین سوءاستفاده‌های دوران کودکی و سلامت روان منفی به طور کامل درک نمی‌شود (پاور، توماس، رسلر و

1- Allen
 2- Grunebaum, Galfalvy, Mortenson, Burke, Oquendo, Mann
 3- Bifulco, Moran, Ball, Bernazzani
 4- De Jong
 5- DiFilippo, Overholser
 6- Lewinsohn, Rohde & Seeley
 7- Adam, Sheldon-Keller, West

برادلی^۱، ۲۰۱۱؛ براکیوهیس، اوکوندو، باکاگاریسیا و شر^۲، ۲۰۱۰؛ گرتز، لاتزمن و تول^۳، ۲۰۱۱؛ اوویدو-جوکس، مارچند، گاه، مارش، بریست، کرایسز، آنیس و اسپتتر^۴، ۲۰۱۱؛ میلنر، تامسن، کروچ، مندی و پاتریشیا^۵، ۲۰۱۰؛ وینگلفلد، شافرا، رولکوتر، منسباخ، شلوسر، ببلو، درینسن و میر^۶، ۲۰۱۱). یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی است. طبق بررسی‌های انجام شده ترومای دوران کودکی^۷ در خانواده باعث افزایش رفتارهای اقدام به خودکشی^۸ در بزرگسالی می‌شود. در پژوهشی که بر روی ۲۸۱ فرد مبتلا به به سوءمصرف مواد انجام گرفت مشخص شد، که سابقه خودکشی در خانواده و همچنین ترومای دوران کودکی و نوجوانی باعث فراوانی رفتارهای اقدام به خودکشی در بزرگسالی می‌شود (الیاس، میگنون، هال، هانگ، هارت و سارین^۹، ۲۰۱۲؛ ساندهو^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ روی^{۱۱}، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱). تاریخچه اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین و نیرومندترین عوامل وقوع خطر برای رفتار خودکشی در آینده است که شامل مرگ به وسیله خودکشی می‌شود. تحقیقات و بررسی‌های مختلف بیانگر وجود عوامل متفاوت بین اقدام‌کنندگانی است که چندبار و یا تنها یک بار اقدام به خودکشی کرده‌اند، کسانی که چندین بار اقدام به خودکشی کرده‌اند به احتمال زیاد تاریخچه خانوادگی رفتار خودکشی و آسیب‌شناسی بالاتری داشته‌اند.

-
- 1- Powers, Thomas, Ressler , Bradley
 - 2- Braquehais, Oquendo, Baca-García , Sher
 - 3- Gratz, Latzman , Tull
 - 4- Oviedo -Joekes, Marchand, Guh, Marsh, Brissette, Krausz, Anis , Schechter
 - 5- Milner, Thomsen, Crouch, Mandy, Patricia
 - 6- Wingenfeld, Schaffrath, Rullkoetter, Mensebach, Schlosser, Beblo, Driessen, Meyer
 - 7- Childhood Trauma
 - 8- Suicide Attempt
 - 9- Elias, Mignone, Hall, Hong, Hart, Sareen
 - 10- Sandhu
 - 11- Roy

لازم به ذکر است که این دو گروه (اقدام‌کنندگان اولین بار و چندمین بار) از نظر سنی تقریباً یکسان بودند (مندلی، کارلی، روی، سرتی و سارچیاپونه^۱، ۲۰۱۱). طبق بررسی‌های انجام شده ترومای دوران کودکی و هم‌چنین سوابق خودکشی در خانواده باعث افزایش اقدام به خودکشی می‌شود (مک دوئل^۲، ۲۰۰۸؛ جون، رو، لی، یان و هام^۳، ۲۰۰۹؛ لازو^۴، ۲۰۱۰ و الیاس و همکاران، ۲۰۱۲). در ابتدا تروماهای تروماهای شدید، تکانش‌پذیری را افزایش می‌دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداشتن فعالیت‌ها، اعمال و کنترل هیجانات منفی است و این تکانش‌گری و عدم بازداشتن هیجانات منفی می‌تواند منجر به رفتارهای خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی شود (لازو، ۲۰۱۰). نتایج یک پژوهش دیگر نشان داد که افرادی که در دوران کودکی و نوجوانی در معرض انواع سوءاستفاده قرار گرفته‌اند دارای سطوح بالاتری از اختلالات روان‌پزشکی از جمله افسردگی هستند (مندلی و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج پژوهشی دیگر نیز نشان داد که سوءرفتار کودکان یک مشکل گسترده بین‌المللی است و به‌طور بالقوه عواقب ناشی از ترومای دوران کودکی متفاوت است (لی، احمد و زابین^۵، ۲۰۱۲). سوءرفتار کودک اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری^۶ و غفلت^۷، آزار جسمی^۸، سوءاستفاده جنسی^۹، مسامحه^{۱۰} (یا بی‌توجهی و غفلت)، سوءاستفاده هیجانی^{۱۱} و اخیراً خشونت

-
- 1- Mandelli, Carli, Roy, Serretti, Sarchiapon
 - 2- McDowell
 - 3- Jeon, Roh, Kim, Lee, Yoon & Hahm
 - 4- Lazo
 - 5- Li, Ahmed, Zabin
 - 6- Child Abuse
 - 7- Neglect
 - 8- Physical Abuse
 - 9- Sexual Abuse
 - 10- Carelessness
 - 11- Emotional Abuse

خشونت خانوادگی^۱ به کار برده می‌شود (باکر، کاپکینزکی، پست، کرسر، زوبوت، یادام، کاپزینسکی و کاتور سنت^۲، ۲۰۱۲). کودک‌آزاری و انواع تروما مسئله بغرنج میلیون‌ها کودک و خانواده است که در جوامع مختلف رخ می‌دهد. اثرات این مشکل بر کودکان از هر نژاد، رنگ، طبقه اجتماعی و مذهب چشمگیر است و کلیه سنین (قبل از تولد، نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی و بزرگسالی) را دربرمی‌گیرد (برانکو، اینابا، گالینوس، پیپ، جین-استفانه، پولارد، گرین و دمتریادس^۳، ۲۰۱۰). طی مطالعه‌ای پژوهشگران نشان دادند از هر ۴۳ کودک آمریکایی یک نفر مورد سوءاستفاده جسمی یا فیزیکی قرار می‌گیرد مخصوصاً کسانی که در هفته اول زندگیشان مورد بی توجهی والدین واقع شده‌اند و تقریباً حدود ۵۰۰ کودک آمریکایی در هر گروه سنی قربانی اعمال فریب‌های ناروای والدین خود شده‌اند (گریفین و آموده^۴، ۲۰۱۰). ارتباط بین ترومای دوران کودکی و افزایش خطر رفتار خودکشی در هر دو جمعیت عمومی و نمونه‌های بالینی مشاهده شده است. به عنوان مثال، نتایج مطالعه و بررسی به‌دست آمده از هر دو منطقه حوضه آبریز اپیدمیولوژیک ایالات متحده نشان می‌دهد که ارتباطی قوی بین سوءاستفاده جنسی دوران کودکی و رفتار خودکشی در بزرگسالی وجود دارد (۲۲). تروماهای دوران کودکی به میزان قابل توجهی با شروع زودرس رفتار اقدام به خودکشی همراه است. اولین رفتار خودکشی بیشتر در سنین جوانی، به همراه بیماری‌های روانپزشکی، پرخاشگری، صفات و رفتار خشونت‌آمیز دیده می‌شود. سنین اولیه نیز در بروز رفتار خودکشی با تکرار اقدام به خودکشی همراه است. از سوی دیگر تکرار رفتار اقدام به خودکشی بیشتر با خودجراحی‌های دیگر همراه است. نتایج

1- Family Violence

2- Bücke, Kapczinski, Post, Ceresér, Szobot, Yatham, Kapczinski, Kauer-Sant

3- Branco, Inaba, Galinos, Peep, Jean-Stephane, Plurad, Green, Demetriades

4- Griffin M.L, Amodeo

نشان می‌دهد که تروما در دوران کودکی یک عامل خطر نه تنها برای رفتار خودکشی، بلکه برای شروع زود هنگام خودکشی، اختلالات روانپزشکی و صفات تهاجمی است. سوءاستفاده جنسی نیز که به شدت در ارتباط با سن شروع و رفتارهای خودجرحی همراه است ممکن است خطر ابتلا به رفتار اقدام به خودکشی مکرر را افزایش دهد (ساگر، کاشمن براون و کانر^۱، ۲۰۱۰).

یک مطالعه ملی در ایالات متحده با استفاده از داده‌های اخیر اهمیت ترومای دوران کودکی را به عنوان یک عامل خطر برای رفتار خودکشی در بزرگسالی نشان داده است. از این مطالعه، افیفی و همکاران گزارش کردند که قرار گرفتن در معرض سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی و یا شاهد خشونت خانگی بودن در دوران کودکی ۱۶ تا ۵۰ درصد افکار و رفتار اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (افیفی، بورمن، فلیشر و سارین^۲، ۲۰۰۹). همین‌طور، در جامعه استرالیا مطالعه درباره دوقلوها نشان داد که سابقه ترومای دوران کودکی به میزان قابل توجهی خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. مطالعات بالینی نیز گزارش می‌دهد که ترومای دوران کودکی در بیماران مبتلا به اختلالات مختلف روانی با اقدام به خودکشی در بزرگسالی همراه است. (مندلی و همکاران، ۲۰۱۱). از ۴۵ سال گذشته تاکنون میزان اقدام به خودکشی در جهان ۶۰ درصد افزایش یافته و طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، این میزان ۱۰ تا ۴۰ بار بیشتر از خودکشی موفق بوده است. همچنین، طی نیم قرن اخیر میزان اقدام به خودکشی در جوانان رو به افزایش است (دواجی و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین با افزایش نرخ خودکشی در جهان و همچنین در ایران و با توجه به این نکته که اقدام به خودکشی به علت پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن خسارات فراوانی را به جامعه تحمیل

می‌کند، مطالعه عوامل زمینه‌ساز در این مورد جهت پیشگیری از این بحران جهانی ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین مطالعه عواملی که می‌توانند رفتار اقدام به خودکشی را پیش‌بینی کنند بسیار حائز اهمیت هستند. نتایج پژوهش‌های انجام شده در کشورهای دیگر مؤید رابطه بین تروماهای دوران کودکی با اقدام به خودکشی است. اما تاکنون تاثیر تروماهای دوران کودکی با اقدام به خودکشی در ایران مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است. بنابراین هدف پژوهش حاضر مطالعه و بررسی انواع تروماهای دوران کودکی در خانواده و ارتباط آن با اقدام به خودکشی در بزرگسالی است. برای رسیدن به این هدف ضروری است فراوانی انواع تروما و رفتار اقدام به خودکشی را در هر دو گروه، مورد مطالعه و ارزیابی قرار دهیم. همچنین لازم است بیمارانی را که در معرض رفتار اقدام به خودکشی هستند، شناسایی کنیم. ترومای دوران کودکی در خانواده یکی از مهم‌ترین عوامل خطرآفرین برای رفتار خودکشی است. اگر بدانیم ترومای دوران کودکی که بیشتر در درون خانواده ایجاد می‌شود چقدر می‌تواند بر تلاش افراد برای خودکشی تاثیر داشته باشد، می‌توانیم با آموزش به این خانواده‌ها گامی موثر در راستای پیشگیری از افزایش نرخ اقدام به خودکشی در آینده برداریم. بنابراین سوالات اصلی این پژوهش عبارتند از: ۱. آیا بین تروماهای دوران کودکی اقدام‌کنندگان به خودکشی با جمعیت عمومی تفاوت وجود دارد؟ ۲. آیا بین سبک‌های دلبستگی اقدام‌کنندگان به خودکشی با جمعیت عمومی تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل دو بخش است، در گروه آزمایش: جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنانی است که طی خرداد ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان لقمان حکیم به دلیل اقدام به خودکشی بستری شدند و بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش شرکت کردند.

طبق آمار بیمارستان لقمان حکیم در هر ماه به طور متوسط ۴۵۰ زن به دلیل بلع عمدی مواد شیمیایی و دارویی در بخش مسمومین این بیمارستان بستری می‌شوند که از این بین به طور متوسط در هر ماه ۳۰۰ نفر بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج پژوهش می‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند. بنابراین جامعه پژوهش حاضر شامل حدود ۱۸۰ نفر از زنانی است که طی خرداد ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان لقمان حکیم به دلیل اقدام به خودکشی بستری شدند. در گروه کنترل: جامعه مورد مطالعه شامل کلیه افرادی است که طی خرداد ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان لقمان حکیم به دلیل یک بیماری جسمی که هیچ‌گونه ارتباط غیرمستقیم با موضوع خودکشی ندارد (مانند تصادف، سقوط از بلندی و غیره) بستری شدند.

ملاک‌های ورود این پژوهش موارد زیر را دربردارد: بین سنین ۱۷-۳۵ سال بودن، دارای سطح هشیاری نرمال و سابقه اقدام به خودکشی بیش از یک‌بار. همچنین موارد زیر به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد: عدم هشیاری بیمار، افراد عقب‌مانده ذهنی، افراد مبتلا به اختلالات سایکوز، اعتیاد به مواد و اعتیاد به الکل. همان‌طور که ذکر شد جامعه آماری پژوهش شامل ۳۰۰ نفر است که با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ۱۸۰ نفر برآورد شد. ۱۸۰ نفر از زنانی که طی خرداد ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان لقمان حکیم به دلیل اقدام به خودکشی بستری شده بودند انتخاب و به عنوان گروه آزمایش در پژوهش شرکت نمودند. جهت مقایسه این افراد با گروه گواه نیز تعداد ۱۸۰ نفر از زنان بیماری را که طی خرداد ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان لقمان حکیم به دلیل یک بیماری جسمی بستری شده بودند در پژوهش شرکت نمودند. در نتیجه نمونه نهایی این پژوهش مشتمل بر ۳۶۰ نفر (۱۸۰ نفر گروه آزمایش و ۱۸۰ نفر گروه گواه) بود. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)^۱: به منظور سنجش تروماهای دوران کودکی از پرسشنامه (CTQ) استفاده شده است. این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ ماده‌ای آن ارائه شد. در سال ۱۹۹۸ فرم نهایی آزمون با ۳۴ سوال طراحی شد. آزمودنی پس از خواندن هر سوال دور عددی را که به بهترین نحو او را توصیف می‌کند، خط می‌کشد. هر کدام از سوالات در ۵ سطح (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) طبقه‌بندی شده است. این پرسشنامه آزاردیدگی را در پنج خرده مقیاس سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت یا نادیده گرفتن جسمانی، غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی و سوءاستفاده جنسی می‌سنجد و در نهایت یک نمره سوءاستفاده کلی را به دست می‌دهد. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی نسبتاً بالایی می‌باشد. برنشتاین و همکاران (۱۹۹۴) پایایی عوامل مختلف پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز جهت برآورد ضریب اعتبار در مورد پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)، به دلیل چندارزشی بودن سوالات (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و اکثر اوقات) از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج نشان داد که ضرایب پایایی نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۱۳ تا ۰/۹۷۷ است که این ضرایب بیانگر اعتبار بسیار بالای پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) است.

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان هزن و شیور: پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان هزن و شیور که شامل ۱۵ عبارت است براساس مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور ۱۹۸۷ از سوی بشارت در سال ۱۳۷۹ ساخته و در مورد

دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ^۱ پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و مضطرب دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی $N=240$ برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب $0/85$ ، $0/84$ و $0/85$ و برای دانشجویان پسر $0/84$ ، $0/85$ و $0/86$ بود که نشانه همسانی درونی مقیاس بزرگسال است. همچنین برای بررسی روایی همزمان این پرسشنامه از برنامه مصاحبه ساختار مین برای دلبستگی بزرگسالی به صورت همزمان استفاده شد. مصاحبه ساختار مین دربردارنده سوالات از پیش مشخص شده‌ای است که سه سبک دلبستگی بزرگسالی را می‌سنجد و با اجرای همزمان این مصاحبه با پرسشنامه دلبستگی بر روی ۱۰۰ پرستار، روایی همزمان این دو سنجیده شد و این نوع روایی برای کل آزمون $0/80$ (سبک دوسوگرا $0/87$ ، سبک اجتنابی $0/84$ و سبک ایمنی $0/79$) به دست آمد که رابطه مثبت و معنی‌داری را با هم نشان دادند.

یافته‌ها

شاخص‌های آماری مربوط به نمرات سبک‌های دلبستگی و تروماهای دوران کودکی در زنان دارای رفتار اقدام به خودکشی و جمعیت عمومی محاسبه شد، داده‌های توصیفی مربوط به هر متغیر در جدول (۱) مشاهده می‌شود.

جدول ۱: شاخص‌های آماری مربوط به نمرات دل‌بستگی و تروماهای دوران کودکی در دو گروه

متغیر	اقدام به خودکشی			جمعیت عمومی				
	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
ناایمن اجتنابی	۱۷/۸۹	۲/۵۸	۱۰	۲۴	۱۲/۷۰	۲	۷	۱۷
دل‌بستگی ایمن	۱۴/۹۱	۲/۱۹	۸	۱۹	۱۸/۲۲	۲/۰۹	۱۳	۲۳
ناایمن اضطرابی	۱۵/۷۹	۳/۲۵	۸	۲۲	۱۶/۳۷	۳/۱۶	۷	۲۲
نمره کل تروما	۱۰۷/۵۲	۸/۷۶	۸۰	۱۳۳	۵۶/۱۶	۹/۴۷	۴۰	۸۹
سوءاستفاده هیجانی	۱۹/۶۲	۲/۲۹	۱۰	۲۵	۸/۳۷	۱/۸۶	۵	۱۵
سوءاستفاده جسمانی	۱۷/۶۰	۲/۹۴	۶	۲۵	۶/۶۷	۱/۹۶	۵	۱۳
سوءاستفاده جنسی	۱۱/۹۰	۱/۷۵	۶	۱۷	۷	۲/۱۱	۶	۱۸
غفلت هیجانی	۳۴/۹۲	۳/۳۲	۲۳	۴۷	۲۱/۰۶	۴/۵۲	۱۰	۳۷
غفلت جسمانی	۲۳/۴۶	۲/۵۹	۱۷	۳۰	۱۳/۰۱	۲/۷۲	۸	۲۳

همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود در تمام ابعاد تروماهای دوران کودکی میانگین نمرات زنانی که اقدام به خودکشی داشته‌اند بالاتر از میانگین جمعیت عمومی است، برای تعیین معنی‌داری این تفاوت از آزمون تحلیل تشخیص استفاده شد که نتایج آن در جداول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۲: تحلیل تشخیصی؛ متغیرهای شرکت داده شده در تابع تشخیصی

متغیرهای پیش بین	لامبدای ویلکز	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
سوءاستفاده هیجانی	۰/۱۲	۲۶۰۰	۱	۳۵۸	۰/۰۰۱
سوءاستفاده جسمانی	۰/۱۷	۱۷۱۲	۱	۳۵۸	۰/۰۰۱
سوءاستفاده جنسی	۰/۳۸	۵۷۴/۶۰	۱	۳۵۸	۰/۰۰۱
غفلت هیجانی	۰/۲۵	۱۰۹۸	۱	۳۵۸	۰/۰۰۱
غفلت جسمانی	۰/۲۰	۱۳۹۲	۱	۳۵۸	۰/۰۰۱

با توجه به جدول فوق و ضرایب لامبدای به دست آمده و با توجه به اینکه سطح معنی‌داری در تمامی تابع‌های تشخیص در سطح ($A=0/001$) معنی‌دار هستند، این دو تابع از قدرت تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته (در دو سطح اقدام‌کنندگان به خودکشی و جمعیت عمومی) برخوردار هستند. با توجه به اینکه همه توابع تشخیص (تابع تشخیص تمامی خرده مقیاس‌های تروماهای دوران کودکی) قدرت تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته دارند، برای تعیین سهم هریک از متغیرهای پیش‌بین، بررسی ماتریس ساختار ضروری است.

جدول ۳: ماتریس ساختار متغیرهای پیش‌بین

متغیر	تابع
سوءاستفاده هیجانی	۰/۸۶۷
سوءاستفاده جسمانی	۰/۷۰۴
غفلت جسمانی	۰/۶۳۴
غفلت هیجانی	۰/۵۶۳
سوءاستفاده جنسی	۰/۴۰۸

ماتریس ساختار، مقیاس متفاوتی از میزان کمک هر کدام از متغیرها به تابع تشخیص ارائه می‌دهد. در جدول فوق متغیرهای پیش‌بین (تروماهای دوران کودکی) بر حسب مقدار کمک‌شان مرتب شده‌اند. مقدار مثبت توابع فوق بیانگر وجود همبستگی مثبت بین این دو متغیر با مقدار تابع است. به عبارتی با افزایش نمرات تروماهای دوران کودکی (در تمام خرده مقیاس‌ها) احتمال اقدام به خودکشی زنان نیز افزایش می‌یابد. همان‌طور که در جدول (۳) آمده است بیشترین سهم را در تبیین اقدام به خودکشی سوءاستفاده هیجانی و کمترین سهم را سوءاستفاده جنسی دارد، اما همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده شد قدرت تشخیص تمامی تابع‌های

فوق معنی دار است. در نهایت آزمون پیش‌بینی عضویت گروهی نشان داد که ۹۹/۷۰ درصد از افراد توسط تابع تشخیص به درستی در دو گروه (اقدام‌کنندگان به خودکشی و جمعیت عادی) طبقه‌بندی شده‌اند. همچنین به منظور پاسخگویی به این سؤال که آیا بین سبک‌های دلبستگی زنان اقدام‌کننده به خودکشی با جمعیت عمومی تفاوت وجود دارد؟ نیز از تحلیل تشخیص استفاده شد که نتایج در جداول زیر مشاهده می‌شود.

جدول ۴: تحلیل تشخیصی؛ متغیرهای شرکت داده شده در تابع تشخیصی

متغیرهای پیش‌بین	لامبدای ویلکز	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
ناایمن اجتنابی	۰/۴۴	۴۲۳/۸۸	۱	۳۵۸	۰/۰۰۱
دلبستگی ایمن	۰/۶۲	۲۰۰/۹۰	۱	۳۵۸	۰/۰۰۱
ناایمن اضطرابی	۰/۹۹	۲/۷۲	۱	۳۵۸	۰/۱۰۰

با توجه به جدول فوق و ضرایب لامبدای به دست آمده و با توجه به اینکه سطح معنی داری در تابع‌های تشخیص دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اجتنابی در سطح $(A=۰/۰۰۱)$ معنی دار هستند، این دو تابع از قدرت تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته (در دو سطح اقدام‌کنندگان به خودکشی و جمعیت عمومی) برخوردار هستند.

با توجه به اینکه دو تابع تشخیص (تابع دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اجتنابی) قدرت تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته دارند، برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین بررسی ماتریس ساختار ضروری است.

جدول ۵: ماتریس ساختار متغیرهای پیش‌بین

متغیر	تابع
ناایمن اجتنابی	۰/۸۲۰
دلبستگی ایمن	-۰/۵۳۶

در جدول فوق متغیرهای پیش‌بین (دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اجتنابی) بر حسب مقدار کمک‌شان مرتب شده‌اند. مقدار مثبت تابع دلبستگی ناایمن اجتنابی بیانگر وجود همبستگی مثبت بین این متغیر با مقدار تابع است. به عبارتی با افزایش نمرات دلبستگی ناایمن اجتنابی احتمال اقدام به خودکشی افراد نیز افزایش می‌یابد و مقدار منفی تابع دلبستگی ایمن بیانگر وجود همبستگی منفی بین این متغیر با مقدار تابع است. به عبارتی با افزایش نمرات دلبستگی ایمن احتمال اقدام به خودکشی افراد کاهش می‌یابد. همان‌طور که در جدول (۵) آمده است از بین سبک‌های دلبستگی بیشترین سهم را در تبیین اقدام به خودکشی، دلبستگی ناایمن اجتنابی دارد، در نهایت آزمون پیش‌بینی عضویت گروهی نشان داد که ۹۲/۶۰ درصد از افراد توسط تابع تشخیص به درستی در دو گروه (زنان اقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت عادی) طبقه‌بندی شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

انسان‌ها از طریق فکر کردن، احساسات خود را به وجود آورده و یا خلق می‌کنند. زمانی که این احساسات یا هیجانان مختل می‌شوند، با بررسی و بحث و تدوین مجدد افکاری که پشت این احساسات یا هیجانان قرار دارند، می‌توانند تغییر یابند. شواهد رو به رشد نشان می‌دهند که تروماهای دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثرات مخربی بر جا می‌گذارد. یکی از این آثار، اختلالات هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است در ناتوانی مزمن به نوسان هیجانان و در نتیجه افزایش اختلالات هیجانی از جمله افسردگی منجر

شود (براکیهیس و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه افسردگی از مهم‌ترین اختلالات هیجانی به شمار می‌رود، می‌توان گفت که در افراد افسرده عامل هیجان بسیار مهم می‌باشد. می‌توان از این مبحث چنین نتیجه گرفت که افرادی که ترومای هیجانی می‌باشند دارای نمرات بالاتری در مقیاس افسردگی دارند و همان‌طور که ذکر شد اختلال افسردگی همایندی بالایی با رفتار اقدام به خودکشی دارد. به‌طور خلاصه می‌توان گفت افرادی که دارای سوءاستفاده هیجانی هستند را افرادی بدانیم که دارای اختلالات هیجانی از جمله افسردگی هستند این اختلال (افسردگی) می‌تواند منجر به رفتار اقدام به خودکشی گردد. همچنین می‌توان گفت سوءاستفاده هیجانی می‌تواند بر شناخت افراد نیز تاثیر به مراتب بیشتری بگذارد. یعنی سوءاستفاده‌های هیجانی دوران کودکی منجر به شکل‌گیری تحریفات و خطاهای شناختی می‌شوند و این تحریفات شناختی در نهایت منجر به بروز افسردگی خواهند شد که مهم‌ترین نتیجه آن، رفتار اقدام به خودکشی است. بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که تروماهای دوران کودکی به خصوص سوءاستفاده هیجانی منجر به بروز افسردگی و افسردگی منجر به رفتار اقدام به خودکشی خواهد شد. افرادی که به علت خودکشی می‌میرند اغلب به خاطر نشانه‌های افسردگی درمان نشده دست به این اقدام می‌زنند. این مسئله به این دلیل است که خودکشی امری پیچیده است، سوءاستفاده در کودکی احتمالاً در افسردگی و خودکشی موثر است. مسئله تروماهای دوران کودکی به‌طور گسترده اصطلاحی فردی و اجتماعی است (ادی^۱، ۲۰۰۴). با وجود اینکه تحقیقات نشان می‌دهند که ترومای اولیه بر رشد مغزی اثر دارد اما برای افزایش درک آسیب‌پذیری افراد از تروما و ارتباط آن با خودکشی و افسردگی به درک و فهم و تحقیقات بیشتری نیازمندیم. بیشترین رفتاری که با سابقه سوءاستفاده در کودکی به شدت ارتباط دارد

1- Eddy

مربوط به صدمات ناشی از رفتار اقدام به خودکشی است. طی پژوهشی دیگر با مطالعه ۱۶ بزرگسال که سابقه اقدام به خودکشی داشتند، نشان داده شد که شدت سوءاستفاده‌های هیجانی و جسمی با تعداد دفعات اقدام به خودکشی رابطه دارد (ایزنبرگ^۱، ۲۰۰۷).

روی (۲۰۱۰) نیز با مطالعه ۲۸۱ بیمار مبتلا به سابقه اقدام به خودکشی در خانواده (شامل ۲۱۲ نفر مرد و ۶۹ نفر زن) نشان داد افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند، نسبت به کسانی که سابقه اقدام به خودکشی ندارند به‌طور قابل ملاحظه نمرات به مراتب بالاتری در پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) کسب کردند. در مورد هر دو گروه زنان و مردان و مطابق با گزارش‌های قبلی نشان داده شد که تروماهای دوران کودکی یک عامل خطر برای افراد مستعد به خودکشی به‌شمار می‌روند. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با تحقیقات انجام شده در این زمینه در کشورهای دیگر نیز همسو و هم‌راستاست (براکیهیس و همکاران، ۲۰۱۰؛ الیاس و همکاران، ۲۰۱۲؛ روی ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱؛ روی و همکاران، ۲۰۱۱؛ مندلی و همکاران، ۲۰۱۱؛ جون و همکاران، ۲۰۰۹؛ ساگر و همکاران، ۲۰۱۰؛ افیفی و همکاران، ۲۰۰۹؛ ادی، ۲۰۰۴؛ هادلند، براندو، توماس، جیزی، جولیو و وود^۲، ۲۰۱۲؛ ملحم^۳، ۲۰۰۱؛ سارچیاپونه، جاوسنت، روی، کارلی، گویلائوم، جولانت، مالا فوسه و کورتت^۴، ۲۰۰۹؛ کلمنتس نوله، وولدن و برگمن^۵، ۲۰۰۹).

همچنین نتایج نشان داد از بین سبک‌های دلبستگی، دلبستگی ناایمن اجتنابی بیشترین نقش را در تبیین رفتار اقدام به خودکشی دارد. افراد اجتنابی سعی می‌کنند از واکنش‌های هیجانی به در دسترس نبودن بالفعل یا بالقوه اشکال دلبستگی

1- Eisenberg

2- Hadland, Brandon, Thomas, Jiezhi, Julio & Wood

3- Melhem

4- Sarchiapone, Jaussent, Roy, Carli, Guillaume, Jollant, Malafosse, Courtet

5- Clements-Nolle, Wolden, and Bargmann

جلوگیری کنند (طرد کردن، جداسازی و از دست دادن). زیرا این واکنش بر نیازمند بودن و وابستگی دلالت دارد. همانند افراد ایمن، افراد اجتنابی نیز سعی می‌کنند تا به‌طور جدی هیجان‌های مربوط به تهدید را ساماندهی کنند. درحالی‌که تلاش‌های ساماندهی افراد ایمن معمولاً ارتباط مصالحه و حفظ کردن یا بازسازی رابطه را ارتقا می‌دهند، تلاش‌های افراد اجتنابی با هدف به حداقل رساندن نزدیکی به دیگران و اتکای متقابل، بدون توجه به تأثیرات زیان‌بخش آن بر رابطه انجام می‌شود. اجتناب از ساماندهی هیجان اغلب از جستجوی حمایت، حل مسئله و ارزیابی دوباره بازدارنده می‌کند. برای افراد اجتنابی، استرس، فاصله میان فردی و اعتماد به خود و جستجوی حمایت در مواقع لزوم به عنوان عاملی ناراحت کننده و مخاطره‌آمیز تلقی می‌شود. علاوه بر این، آنها ممکن است در حل مسئله یا ارزیابی دوباره مشکل داشته باشند، زیرا این شیوه‌های کنار آمدن بر بازشناسی تهدیدها و خطاهایی تأکید می‌کنند که افراد اجتنابی ترجیح می‌دهند آن‌را انکار کنند. همچنین اگر حل مسئله احتمال شکست داشته باشد یا مستلزم این باشد که فرد قبول کند که بعضی از مسائل غیرقابل حل هستند، حل مسئله متوقف می‌شود که با حس خودمختاری فرد اجتنابی یا تمایل او به برتری، جور در نمی‌آید. ناتوانی یا بی‌میلی در برخورد مستقیم با علل هیجان‌ات دردناک اغلب برای افراد اجتنابی تنها یک انتخاب نظم دهنده باقی می‌گذارد، یعنی: سرکوب هیجان یا جدا کردن خود از تأثیرات آن در تجربه و رفتار، آنچه که لازاروس و فولکمن «مقابله فاصله‌ای» نامیدند. به همین دلیل یکی از شایع‌ترین اختلالات در افراد اجتنابی افسردگی است در حالی که دل‌بستگی ایمن در دوره نوجوانی با کمترین بیماری‌های روانی ارتباط دارد که شامل کمترین سطح افسردگی، اضطراب و احساس بی‌کفایتی شخصی است (میکواینسر و شاور، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱؛ ساتر، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش گرانام

(۲۰۱۰) نیز نشان می‌دهد که دلبستگی اجتنابی عامل پیش‌بین افزایش خطر اقدام به خودکشی در طول یک سال پیگیری است. دلبستگی اجتنابی در ایجاد اختلال افسردگی اساسی نقش عمده دارد و افسردگی اساسی نیز در رفتار خودکشی نقش دارد. از سوی دیگر دلبستگی ایمن ممکن است عود اختلال افسردگی عمده را کاهش دهد. در نتیجه خطر اقدام به خودکشی را نیز کاهش می‌دهد. نتایج حاضر با پژوهش‌های پیشین (لمچه و همکاران، ۲۰۰۶؛ گرانام و همکاران، ۲۰۱۰؛ بیفولکو، ۲۰۰۹؛ دی جانگ، ۱۹۹۲ و آدام و همکاران، ۱۹۹۶) هم‌راستا است.

منابع

- 1- Ahrens.K , Ciechanowski P.B, Katon.W (2012). Associations between adult attachment style and health risk behaviors in an adult female primary care population, **Journal of Psychosomatic Research**, 72 : 364–370.
- 2- Sater, J. M.. (2010). In the eyes of the beholder: Cognitive attachment as mediators of the association between interparental attachment and youth personality, **Journal of Family Psychology**, 19, 376-384.
- 3- Mickolinser , W& Shaver,B (2011). **Attachment theory: Developmental Psychology**, 2, 99-121.
- 4- Yan-Hua.D, Xiu.X, Zheng-yan.W, Hui-rong.L , Wei-ping.W (2012). **Study of mother–infant attachment patterns and influence factors in Shanghai**. Early Human Development 88 : 295–300.
- 5- Allen .J.P (2002). Attachment and autonomy as predietors of the development of social skills and deviance during mid-adolesence, **Journal of consulting and clinical Psychology**, 70: 56-66.
- 6- Grunebaum, F.M , Galfalvy, H.C, Mortenson, L.Y, Burke, A.K, Oquendo, M.A, Mann, J.J (2010). Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study, **Journal of Affective Disorders**, 123 : 123–130.
- 7- Davaji, R.B, Valizadeh, S, Nikamal, M (2010). **The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of**

- Turkmen students, Iran.** *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5: 1190–1194.
- 8- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., Bernazzani, O., (2002). Adult attachment style, I: Its relationship to clinical depression, **Soc. Psychiatry Psychiatr, Epidemiol**, 37 (2), 50–59 11.
 - 9- de Jong, M.L., (1992). Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence, **J. Youth Adolesc.** 21 (3), 357–373.
 - 10- DiFilippo, J.M., Overholser, J.C., (2000). Suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients as associated with depression and attachment relationships, *J. Clin. Child Psychol.* 29 (2), 155–166.
 - 11- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicide ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications, **Clinical Psychology: Science and Practice**, 3, 25- 46.
 - 12- Adam, K.S., Sheldon-Keller, A.E., West, M., (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64 (2), 264–272.
 - 13- Powers. A.D, Thomas. K , Ressler. K , Bradley. B. (2011). The differential effects of child abuse and posttraumatic stress disorder on schizotypal personality disorder. **Comprehensive Psychiatry**. 52: 438-445.
 - 14- Braquehais M.D, Oquendo M.A, Baca-García E , Sher L (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? **Comprehensive Psychiatry**. 2010; 51 : 121–129.
 - 15- Gratz. K, Latzman. R , Tull. M. (2011). Exploring the Association Between Emotional Abuse and Childhood Borderline Personality Features: The Moderating Role of Personality Traits. **Behavior Therapy**. 42: 493–508.
 - 16- Oviedo-Joekes. E, Marchand. K, Guh. D, Marsh. D, Brissette. S, Krausz. M, Anis. A , Schechter. M (2011). History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. **Addictive Behaviors**. 2011 ; 36: 55–60.
 - 17- Milner. J, Thomsen. C, Crouch. J, Mandy M.R, Patricia M, (2010). Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk?. **Child Abuse & Neglect**. 2010 ; 34: 332–344.
 - 18- Wingefeld. K, Schaffrath. C, Rullkoetter. N, Mensebach. C, Schlosser. N, Beblo. T, Driessen, M , Meyer. B (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress

- with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. **Child Abuse & Neglect**. 2011 ; 35 : 647– 654.
- 19- Elias. B, Mignone J, Hall M, Hong S, Hart L , Sareen J (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: An empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. **Social Science & Medicine**. 2012 ; 74: 1560-1569.
- 20- Sandhu, P.K.G (2008). **Hope theory: A Framework for understanding the relation between childhood maltreatment and adult suicide al action**. Windsor, Ontario, Canada: 2008. 203 page.
- 21- Roy, A (2010). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. **Journal of Affective Disorders**.
- 22- Roy, A (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. **Journal of Affective Disorders**. 2011 ; 130: 205–208.
- 23- Mandelli. L, Carli. V, Roy. A, Serretti. A , Sarchiapon. M (2011). The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: An investigation in a high risk sample of male prisoners. **Journal of Psychiatric Research**. 2011 ; 45: 742-747.
- 24- McDowell, J, Ed S (2008). **Thoughts of Suicide**, London: Christian focus publisher.
- 25- Jeon. H.Jin, Roh. M.S, Kim. K.H, Lee J.R, Lee. D, Yoon. S.C & Hahm (2009). B.J. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. **Journal of Affective Disorders**.; 119: 210–214.
- 26- Lazo, A (2010). **Integrating joiner's interpersonal psychological theory of suicide with the Rorschach. A dissertation submitted to The Wright Institute Graduate School of Psychology, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology**: 2010. 134 page.
- 27- Li. N, Ahmed. S , Zabin. L (2012). Association Between Childhood Sexual Abuse and Adverse Psychological Outcomes Among Youth in Taipei. **Journal of Adolescent Health**. 2012 ; 50: 45–51.
- 28- Bücker J, Kapczinski F, Post R, Ceresér K, Szobot C, Yatham L, Kapczinski N , Kauer-Sant A. M (2012). Cognitive impairment in

- school-aged children with early trauma. **Comprehensive Psychiatry**; 53 : xx-xx.
- 29- Branco B.C, Inaba K, Galinos B, Peep T, Jean-Stephane D, Plurad D, Green D.J, Demetriades D (2010). Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: a National Trauma Databank review. **Journal of Pediatric Surgery**. 2010 ; 45 : 796–800.
- 30- Griffin M.L , Amodeo M (2010). Predicting long-term outcomes for women physically abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. **Child Abuse & Neglect**. 34: 724–733.
- 31- Swogger. M, You. S, Cashman-Brown. S , Conner. K (2010). Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. **Psychiatry Research**.
- 32- Afifi T, Boman J, Fleisher W , Sareen J (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. **Child Abuse & Neglect**. 33 : 139–147.
- 33- Eddy T. (2004) **Major depression with suicidal ideation: as related to childhood trauma**: Dissertation at PHD clinical Psychology, California state university. 51 page.
- 34- Eisenberg H.B.(2007) **The process of recovery for young adults with recurrent suicide attempts and the role of childhood trauma**. University of Toronto. 154 page.
- 35- Hadland. S.E, Brandon D.L. M, Thomas K, Jiezhi Q, Julio S.M & Wood E. (2012) Suicide and history of childhood trauma among street youth, **Journal of Affective Disorders**; 136 : 377–380.
- 36- Melhem, M. (2001) **Traumatic grief among adolescents exposed to their peer's suicide**: American university of Beirut. 269 page.
- 37- Sarchiapone. M, Jaussent. I, Roy. A, Carli V, Guillaume S , Jollant F, Malafosse A , Courtet P. (2009) Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior e via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. **European Psychiatry**. 24: 57-62.
- 38- Clements-Nolle K, Wolden M, and Bargmann-Losche J. (2009) childhood Trauma and risk for Pastand Future Suicide attempts among women in prison. **Women's Health**. 19: 185–192.

- 39- Roy, A, Carli, V & Sarchiapone, M. (2011) Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma, **Journal of Affective Disorders**, 133 : 591–594.
- 40- Mickolinsner, W & Shawer, B (2009). Connectedness and autonomy support in attachment: Links to children's socioeconomic orientation and peer relationship. **Developmental Psychology**, 3, 359-380.
- 41- Lemche, E., Giampietro, V.P., Surguladze, S.A., Amaro, E.J., Andrew, C.M., Williams, S.C.R et al. (2006). Human attachment security is mediated by the amygdala: evidence from combined fMRI and psychophysiological measures. **Hum. Brain Mapp.** 27, 623–635.